N° 58.

30.

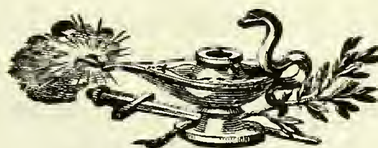
MÉLANGE DE FAITS
PRATIQUES
SUR LES
MALADIES DES YEUX.

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER,
LE 10 JUIN 1836,

Par JEAN TEILLEUX,
du MANS (Sarthe),

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.



A MONTPELLIER,
Chez JEAN MARTEL AÎNÉ, Imprimeur de la Faculté de Médecine,
PRÈS L'HÔTEL DE LA PRÉFECTURE, N° 10.

1836.

AVANT-PROPOS.

Si je termine pour ainsi dire ma carrière médicale là par où d'ordinaire les médecins la commencent ; si je viens aujourd'hui me soumettre à l'examen d'une Faculté pour obtenir un titre de docteur, ce n'est pas que je n'aie déjà, dans des temps bien reculés, abordé les degrés du doctorat.

Après quatre ans d'études à l'école de Paris, j'y avais passé mes quatre premiers examens, et j'allais achever ma réception, lorsque des événements politiques troublèrent la Capitale et m'empêchèrent de terminer ce que j'avais entrepris. Dès-lors, revenant au titre modeste d'Officier de santé, avec lequel j'avais débuté, je le trouvai suffisant à mes désirs, et il me servit pendant 33 ans à exercer, d'une manière presque spéciale, la chirurgie oculaire.

Aujourd'hui, bien près de finir ma vie médicale, arrivé peut-être à un âge où un peu d'ambition se réveille, j'en ai une dont on ne me fera pas un reproche : c'est de m'efforcer de payer à la science le faible tribut de mon expérience, en publiant ce qui pourrait offrir de l'intérêt et de l'utilité parmi les faits que j'ai recueillis dans une pratique assez étendue. Pour donner plus d'autorité à mes travaux, il me manquait un titre, et je viens près de vous, Messieurs, chercher à l'obtenir.

Aussi est-ce un mélange de faits pratiques que je vais présenter à votre examen, dans ce dernier Acte probatoire du doctorat. Autant que pourra me le permettre l'étroite limite d'une thèse,

j'en varierai le nombre et la nature, et je les ferai précéder de quelques réflexions théoriques auxquelles ils viendront prêter leur appui.

Sans doute c'est une marche inusitée dans les thèses de l'Ecole, où on s'attache généralement à traiter un seul sujet et à lui donner tous les développements dont il est susceptible. Je pense néanmoins que cette innovation aura ses avantages. D'abord elle amènera la discussion sur un plus grand nombre de sujets, dont quelques-uns sont assez obscurs, devant un tribunal de science où tout s'explique et se juge, et elle conduira à des conséquences déduites de l'observation.

Et n'est-ce pas à la source des faits pratiques que puise la science, quand elle veut édifier des théories? Ils nous dévoilent pas à pas la marche de la nature, soit qu'elle apporte à nos organes des modifications pathologiques, soit qu'elle préside à leur disparition. Ils nous montrent sa direction quelquefois insidieuse, la résistance qu'elle oppose à nos moyens thérapeutiques, ou l'assistance qu'elle leur prête, quand nous l'avons en quelque sorte sollicitée à nous seconder.

Pour sujet de ma thèse, j'ai choisi, dans mon recueil d'observations, des faits sur lesquels les annales médicales ne donnent que des notions peu exactes, ou dont elles ne fournissent que peu d'exemples.

Ainsi, je parlerai : 1° de différents états pathologiques de la membrane de l'humeur aqueuse ; 2° de l'opération de la cataracte chez les aveugles-nés ; 3° enfin, de l'opération de la pupille artificielle, sujet presque nouveau, tant il a été négligé depuis son origine, fécond en résultats, et dont je regrette de ne pouvoir donner que quelques notions dans un travail aussi restreint.



MÉLANGE DE FAITS PRATIQUES

SUR LES

MALADIES DES YEUX.

OBSERVATIONS

sur quelques altérations de la membrane de l'humeur aqueuse.

Comme les autres parties de l'œil, la membrane de l'humeur aqueuse a ses affections particulières ; mais elles ne nous sont pas bien connues, vu le peu de temps qui s'est écoulé depuis sa découverte jusqu'à notre époque, et le peu de travaux qui ont été faits sur ce sujet.

Zinn, professeur d'anatomie à Goëttingue, avait eu le premier quelques idées sur l'existence de cette membrane ; mais ce n'est que vers la fin du siècle dernier qu'elle a été mise hors de doute par les savantes recherches de Demours et de Decemet, qui en ont donné les premiers une description exacte. Cette membrane, de l'ordre des séreuses, a cette disposition qui est commune à toutes, de constituer un sac sans ouverture. La finesse de son tissu n'a pas permis à nos investigations anatomiques d'en explorer la structure ; mais si nous jugeons par analogie avec les autres membranes de même ordre, par la nature des fonctions qu'elle a à remplir, nous la considérerons comme formée d'un appareil d'excrétion et d'absorption, dont les fonctions équilibrent dans l'état normal, et dont la supériorité d'action de l'une sur l'autre amène les plus fréquentes de ses modifications morbides.

L'hyper-sthénie et l'asthénie sécrétoire sont donc deux modes pathologiques propres à la membrane de l'humeur aqueuse. Indépendamment de ces deux états, elle présente une disposition particulière due à un travail d'inflammation qui amène dans la substance même de la membrane un défaut de transparence, et un trouble dans l'humeur qu'elle sécrète.

Une autre variété de l'inflammation dans cet organe, c'est d'être adhésive et de produire à la surface de la membrane une sécrétion plastique, source des adhérences si fréquentes qu'elle laisse subsister après elle.

Telles sont, pour l'œil, les causes bien différentes de quatre changements d'état. L'hyper-sécrétion, l'hyper-absorption, l'opacité, les adhérences, seront le sujet des quatre observations suivantes, relatives à la pathologie de la membrane de l'humeur aqueuse.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Mlle. E. R., du Mans, âgée de 22 ans, d'un tempérament lymphatique, n'éprouvant aucun trouble dans ses fonctions, s'aperçut, en 1832, que son œil droit prenait du développement. Comme elle ne ressentait aucune incommodité de cette affection, elle n'en fit aucun cas et resta pendant six mois dans l'indifférence de ce qui s'opérait dans son œil. Mais alors, avec un accroissement progressif du volume de l'œil, survinrent un sentiment de pesanteur dans l'orbite et un affaiblissement de la vision du côté affecté, circonstances qui l'engagèrent à venir demander mes conseils.

L'œil droit avait un cinquième en volume de plus que le gauche; son développement avait lieu principalement en avant; il paraissait plus élargi dans son hémisphère antérieur que dans le postérieur.

Toutes les membranes et les humeurs de l'œil paraissaient avoir leur transparence naturelle, et cependant la vue était embrumée; la pupille était plus ouverte que de l'autre côté; l'iris, enfoncé derrière la cornée par la surabondance d'humeur aqueuse, avait une teinte légèrement pâle : tout, dans le fond de l'œil, paraissait à l'état normal.

Je n'eus pas besoin d'un examen bien attentif pour me convaincre que cet état de développement de l'œil, sans sensibilité dans le principe, était dû à un défaut d'équilibre entre la sécrétion et l'absorption aqueuse. Mais laquelle de ces fonctions se trouvait modifiée, laquelle se faisait en excès ou en moins? C'était là une donnée qui manquait à l'indication thérapeutique, et que j'allai chercher dans les antécédents de la maladie et dans la constitution du sujet.

La malade ne put me donner aucun renseignement sur les causes premières de son affection ; elle n'avait souvenir d'aucune violence extérieure ayant pu la déterminer. Ce n'était donc pas une cause purement locale qui avait amené ce changement d'action, du côté de la membrane de l'humeur aqueuse ; il y avait eu pendant long-temps absence de toute douleur : on n'était donc pas autorisé à croire à la préexistence d'une inflammation ayant activé la sécrétion aqueuse, pendant que l'absorption restait dans ses limites naturelles. A quelle idée s'arrêter? En procédant ainsi par une méthode d'exclusion, observant que, chez les individus à tempérament lymphatique, les fonctions d'absorption sont dans un état continuel de langueur, source de la stase des fluides dans l'économie, je considérai l'affection de Mlle E. B. comme le résultat d'une asthénie d'absorption dans la membrane de l'humeur aqueuse, et le traitement que je dirigeai sur ce diagnostic ne tarda pas à me convaincre de la réalité de la cause présumée de la maladie.

Je mis la malade à l'usage du calomélas pris tous les trois jours à doses laxatives; elle but pour tisane ordinaire une décoction de racines d'asperge et de fraisier, dont l'action diurétique fut encore augmentée par quelques grains de nitrate de potasse. Au matin, je fis recevoir sous l'œil, pendant quelques minutes, la vapeur d'une infusion de fleurs de sauge, camomille et mélilot, animée par quelques gouttes d'éther sulfurique ; le soir, on frictionna les paupières avec le collyre de Himly, en faisant pénétrer dans l'œil quelques gouttes du liquide. La malade prit une alimentation tonique, remplaça par un exercice modéré ses habitudes sédentaires ; et sous l'influence de ce traitement, la résorption, marchant de jour en jour, fut terminée dans six

semaines environ. Le nuage qui était sur la vue se dissipa, le sentiment de pesanteur dans l'orbite disparut, l'œil reprit son état primitif, et M[lle] E. B. conserva également la vue aux deux yeux.

Cherchons à expliquer les phénomènes physiologiques qui se sont passés dans ce cas, en les rattachant à l'état pathologique de l'œil et aux modifications que le traitement a amenées dans cet état.

1° L'œil prenait du développement d'une manière insensible. Tant que cet accroissement de volume ne fut qu'à un degré modéré, la malade n'éprouva aucun sentiment de douleur; seulement, la lumière, modifiée par le changement de proportion dans les humeurs de l'œil, arrivait plus confuse à la rétine, qui percevait les objets comme au milieu d'un brouillard. Je crois que ce phénomène n'est pas explicable autrement, puisqu'il ne paraissait pas exister le moindre trouble dans la transparence de l'œil. 2° La quantité d'humeur aqueuse augmentant, l'enveloppe fibreuse de l'œil résista à son développement; de-là, un phénomène de compression qui détermina ce sentiment de pesanteur que la malade accusa plus tard dans l'orbite. 3° Cette même compression détermina aussi du côté de la rétine un état de torpeur; elle devint moins impressionnable à la lumière, sans doute aussi par l'effet du trouble qui augmentait. 4° La pupille s'ouvrit pour laisser plus de passage à la lumière, et pour diminuer par là l'action réfringente de l'humeur aqueuse qui, par sa disposition, resserrait en un faisceau trop délié les rayons qui la traversaient. 5° L'iris perdit le brillant de son éclat, peut-être parce que la compression mettait obstacle à la circulation sanguine dans cette membrane; peut-être aussi parce que cet éclat, qui est une expression de la vie et de la sensibilité nerveuse, cessait de les peindre à mesure qu'elles s'affaiblissaient, et marquait par sa pâleur leur degré d'extinction dans l'organe.

Je ne sais jusqu'à quel point ces théories paraîtront exactes; toujours est-il qu'elles sont en rapport avec les faits, et qu'elles semblent prendre de la valeur par les résultats, puisque, l'absorption s'opérant par suite du traitement, la douleur disparut, la netteté de la vision se rétablit, l'iris reprit son éclat, et la pupille sa grandeur ordinaire.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Hyper-absorption de la membrane de l'humeur aqueuse.

Quand l'œil vient en quelque sorte à se flétrir ; quand, par suite d'un état morbide, les chambres de l'humeur aqueuse se tarissent, et que la cornée s'aplatit ou se plisse par sa rétraction sur elle-même, à quoi peut-on attribuer ces phénomènes pathologiques? Dans tous ces cas, ces changements sont la suite d'une *hyper-absorption*, désignant par ce mot un excès d'action du système absorbant par rapport au système sécréteur de la membrane de l'humeur aqueuse.

Des modifications bien variées peuvent amener à ce résultat; la cause peut en être due : 1° à un défaut de sécrétion, l'absorption se faisant dans les proportions ordinaires ; 2° à un excès d'absorption, la sécrétion restant dans un état normal ; 3° enfin, à la coexistence plus ou moins compliquée de ces différentes modifications de fonctions dans la membrane de l'humeur aqueuse. Ici se rattacherait une question très-importante pour la thérapeutique des maladies de cette membrane ; mais la solution n'en sera possible que quand l'expérience aura donné des faits, et qu'elle aura fourni les moyens de distinguer à quelle modification pathologique on doit rapporter la cause de ces atrophies lentes, insensibles, commençant toujours dans l'humeur aqueuse, et qui mènent souvent à la perte de l'œil par tous les degrés de l'affaiblissement. Bien des temps s'écouleront encore avant qu'on les ait recueillis dans un champ si aride, où l'esprit seul peut donner à chacun une valeur conjecturale, dans l'impossibilité que nous sommes de nous appuyer sur les renseignements de l'anatomie pathologique. Car, si nous voyons les effets, nous n'en pouvons spécifier les causes ; nous ne pouvons établir des caractères tranchés à l'aide desquels on pourrait dire : Ici, il y a excès d'absorption d'humeur ; là, manque de sécrétion ; ailleurs, coïncidence de deux états morbides dont la suite serait l'épuisement de l'humeur aqueuse ; et en admettant même que nous puissions acquérir de la certitude sur l'existence de l'un ou l'autre de ces états, pourrions-nous découvrir la cause intime de ces phénomènes? Pourrions-nous dire, par exemple : L'irritation ou l'asthénie

a produit telle ou telle modification dans les fonctions de sécrétion et d'absorption de la membrane de l'humeur aqueuse? Non, tous ces points de pathologie sont d'une obscurité presque impénétrable. Cependant il n'est pas sans importance de chercher à les approfondir ; car, bien qu'on ne fasse que les effleurer, ils habituent au rapprochement des faits avec les théories, et rendent l'observation plus féconde en principes qui deviennent règles dans les circonstances où il existe de l'analogie.

Pour moi, j'ai souvent eu recours dans ma pratique aux renseignements que m'a suscités l'observation suivante.

Louis G., âgé de 56 ans, de Bonnétable, département de la Sarthe, d'un tempérament bilioso-nerveux, n'éprouvait, à l'œil droit, d'autres inconvénients que ceux de la presbyopie, qui, n'ayant lieu que pour cet œil, lui occasionait l'incommodité plus désagréable de la diplopie, toutes les fois qu'il fixait des objets un peu éloignés de lui.

Il vint me consulter en mai 1818. Son œil n'offrait d'autre altération physique qu'une diminution de volume, que j'évaluai à un septième : cette diminution n'existait que pour la partie antérieure du globe. La cornée était aplatie, l'humeur aqueuse presque nulle; l'iris semblait accolé à la face interne de la cornée, sans qu'il y eût d'adhérence ; l'appareil interne de l'œil flottait libre dans son enveloppe fibreuse qui se laissait facilement déprimer sous le doigt, et ne présentait pas l'élasticité qu'elle a ordinairement quand elle est entièrement remplie ; l'œil était sec, par défaut de sécrétion des larmes. L'affection datait, à la connaissance du malade, de cinq à six semaines, pendant lesquelles elle avait fait des progrès assez lents, mais dont il avait eu néanmoins la conscience par l'alongement de sa vue, comme il le disait, et par la diplopie.

Un moyen bien naturel se présentait pour remédier à cette anomalie de la vision : c'était de conseiller au malade, pour son œil affecté seulement, un verre dont la convexité eût rectifié l'aplatissement de la cornée, en mettant au même point que dans l'œil sain la force de réfraction des rayons lumineux. Mais, pour le praticien qui observe,

cette inégalité de volume des deux yeux avait quelque chose de particulier qui poussait naturellement à en chercher la cause. Était-ce ce changement, qu'amène l'âge dans les yeux des vieillards, qui ne se serait opéré que dans un seul œil, l'autre se conservant dans son intégrité? Était-ce une modification morbide ayant sa cause dans la membrane de l'humeur aqueuse? C'est à cette dernière opinion que je m'arrêtai, pensant bien que des changements qui tiennent à une cause générale, comme l'âge, ne pouvaient s'opérer séparément dans deux organes qui ont entre eux des rapprochements si intimes de fonctions et une ressemblance si parfaite d'organisation.

Supposant donc l'existence d'une maladie dans cet œil, et d'après ce premier aperçu sur son siége, j'eus égard, pour fixer mon diagnostic, à l'état de sécheresse où se trouvait l'appareil sécréteur des larmes; et cette indication, en apparence si légère, me conduisit à juger par analogie de la nature des phénomènes qui se passaient dans la membrane de l'humeur aqueuse. Je crus donc à une *hyper-absorption* de cette membrane; et voyant le degré de laxité qu'avaient conservé la sclérotique et la cornée, je ne désespérai pas de rétablir par un traitement rationnel la fonction d'absorption dans ses limites normales, et de faire cesser l'aplatissement de l'œil et tous les phénomènes physiques qui s'ensuivaient.

Traitement. Je tins l'œil pendant douze jours dans un état d'humidité constante, à l'aide d'une décoction émolliente dont on imbibait une compresse à mesure qu'elle se desséchait. Cette simple médication amena dans les paupières et dans les parties voisines de la joue un état fluxionnaire nullement douloureux, avec rougeur pâle de la conjonctive, et le retour des larmes, dont la sécrétion devint autant abondante qu'elle avait été rare avant le traitement. Le malade accusait un sentiment de gonflement dans l'œil; il était dû en partie au boursoufflement des paupières, en partie à l'augmentation que prenait le globe de l'œil; car, de jour en jour l'humeur aqueuse devenant plus abondante, la cornée reprit sa convexité ordinaire, et la vision se rétablit aussi parfaite qu'avant ce commencement d'atrophie.

Quelle fut, dans cette circonstance, la manière d'agir de la médi-

cation employée? A-t-elle, par son action anti-phlogistique, ralenti la fonction d'absorption qui se trouvait activée par l'existence d'une inflammation obscure et inaperçue? C'est ce que j'ai pensé; et quelquefois depuis, dans des cas analogues, les mêmes moyens m'ont conduit aux mêmes résultats.

TROISIÈME OBSERVATION.

Il est un autre état pathologique de la membrane de l'humeur aqueuse, pouvant exister sans que les fonctions de sécrétion et d'absorption cessent pour cela de se faire équilibre, et ne causant pas par conséquent, comme dans les cas précédents, un changement essentiel dans le volume de l'œil. Il n'est pas tellement rare, que je ne l'aie observé plusieurs fois dans ma pratique, bien que jusqu'à ce jour les ophthalmologistes qui en ont parlé n'en paraissent pas avoir des idées très-précises, et l'aient confondu avec une autre affection dont je citerai un exemple dans ma dernière observation sur ce sujet: je veux parler d'une altération de la transparence de cette membrane. Cette maladie existe souvent indépendamment de toute autre affection; mais elle peut aussi se joindre quelquefois à d'autres maladies dont elle est tantôt la suite, tantôt la cause, et toujours une complication.

Elle commence le plus ordinairement au centre de l'œil par un léger nuage, qui n'est d'abord sensible que pour le malade. La cornée conserve toute sa transparence; et lorsque ce trouble commence à devenir appréciable à l'observation, on l'attribuerait volontiers à l'humeur aqueuse ou à la cornée, si, par un examen plus attentif et en regardant par côté la chambre antérieure de l'œil, on ne s'apercevait que l'humeur qui l'occupe a toute sa limpidité, que la cornée elle-même reste transparente, et qu'il existe seulement à sa face interne un nuage sous forme d'une pellicule amincie, qui n'est autre chose que la membrane de l'humeur aqueuse qui commence à perdre sa transparence. La maladie faisant des progrès s'étend de proche en proche à la circonférence de la cornée, à l'iris, suivant tous les replis de la membrane de l'humeur aqueuse, qui, excessivement mince dans l'état

normal, prend du développement, devient villeuse, et fait paraître l'iris plus pâle qu'il n'est ordinairement. Alors la vue s'est de jour en jour obscurcie ; le nuage qu'accusaient les malades est devenu un voile épais qui ne laisse plus de facilité que pour percevoir la lumière, sans distinction des objets.

Tant que dure l'inflammation qui préside à cet état morbide, qu'il soit idiopathique ou consécutif à la cornéite, ce qui arrive quelquefois, l'humeur aqueuse est légèrement troublée sans doute, et ce trouble disparaît à la cessation du mouvement inflammatoire. On peut s'en convaincre par la résolution qui s'opère alors dans les parties le moins affectées de la membrane, l'altération n'existant plus bientôt que pour son centre, qui reste épaissi et opaque, ainsi que les lames les plus voisines de la cornée ; et cette opacité ne permettant plus le passage direct de la lumière à l'ouverture pupillaire, la vision se fait par côté, et elle est d'autant plus imparfaite que la tache est plus étendue.

Observ. En mars 1831, M. S., âgé de 44 ans, d'un tempérament sanguin, et qui n'avait jamais éprouvé de maladie d'yeux, vint me consulter pour un affaiblissement de la vue, dont il se plaignait à l'œil droit.

Depuis trois semaines, le malade avait devant la vue la perception d'un nuage qu'il cherchait à dissiper par un frottement continuel ; l'obstacle à la vision croissait de jour en jour ; et la lumière qui, selon l'expression du malade, arrivait à l'œil comme à travers une gaze à mailles d'abord ouvertes, se trouvait de plus en plus affaiblie par le resserrement des mailles. Il existait du malaise plutôt que de la douleur dans l'œil affecté ; et l'opacité était assez avancée pour que j'aie pu la reconnaître et l'attribuer à sa véritable cause, à la membrane de l'humeur aqueuse. La conjonctive était dans un état normal ; la cornée avait toute sa transparence. Vue de côté, la chambre antérieure de l'œil était claire ; l'opacité n'existait qu'au centre de la face interne de la cornée, et allait s'affaiblissant en rayonnant vers l'iris. Cette dernière membrane avait sa couleur naturelle ; la pupille était

un peu plus dilatée que du côté opposé, et conservait toute sa contractilité.

Je ne pus que croire à une affection inflammatoire et locale, limitée à une partie de la membrane de l'humeur aqueuse, et tendant par sa nature à envahir toute la chambre antérieure de l'œil, si on n'eût mis obstacle à ses progrès par un traitement rationnel. Je débutai donc par une saignée de bras assez copieuse ; je fis recevoir sous l'œil des fumigations émollientes ; j'employai le calomélas à doses laxatives ; mais, malgré la persévérance dans ce traitement énergique, la résolution ne fut que partielle et incomplète. Il resta un peu de trouble dans la membrane, et le malade ne vit les objets qu'au travers d'un crible à ouvertures serrées et étroites. Depuis, j'ai employé, à plusieurs reprises, différentes médications qui n'ont point eu de résultats avantageux.

Je me suis demandé si le nuage qui persistait dans l'œil ne pouvait pas appartenir aux lames superficielles de la face interne de la cornée, qui aurait été altérée consécutivement, comme elle l'est d'ordinaire après les affections de l'adnata. Mais si l'on doit croire que les altérations de la cornée, survenues à sa face interne, doivent offrir les mêmes phénomènes que celles de sa face externe ou antérieure, l'absence de la douleur dans le cas que je viens de rapporter, l'état naturel qu'avait conservé la conjonctive, porteront à penser qu'il ne s'était passé rien d'analogue à ce qui a lieu dans la cornéite partielle et extérieure, où la rougeur de la conjonctive et la douleur générale de l'œil sont les symptômes les plus constants.

Tout porte donc à croire que l'opacité appartenait à la membrane seule de l'humeur aqueuse, et qu'elle était produite par la sécrétion d'une lymphe coagulable qui était venue s'interposer entre les lamelles ou les cellules de la membrane, sans s'organiser en pellicule sur sa face interne, conformément à ce qui se passe dans les séreuses pour la formation des fausses membranes.

QUATRIÈME OBSERVATION.

De même que les séreuses dont elle partage le mode d'organisation et de fonctions, la membrane de l'humeur aqueuse est susceptible de l'*inflammation adhésive.* Cet état pathologique consiste dans la sécrétion, à la surface de la membrane, d'une humeur plastique, de couleur opaline, s'organisant en pellicule amincie, sans transparence, tapissant ordinairement tout le réservoir de l'humeur aqueuse, rapprochant par des brides ou par une adhérence intime l'iris de la cornée, altérant la régularité de la pupille, et détruisant plus ou moins complétement la chambre antérieure de l'œil. Ici l'on ne peut pas contester le rôle que joue l'inflammation dans la production de tous ces désordres : la douleur est sentie ; l'œil est rouge, injecté ; un sentiment de chaleur et de pesanteur incommode s'y fait sentir, et la maladie marche par toutes les périodes que suit l'inflammation.

A la douleur succède le trouble de la vue ; tous les objets apparaissent comme au milieu d'un brouillard. Le nuage devenant de plus en plus épais, le malade ne distingue plus que les différents degrés de lumière, sans pouvoir juger des corps. La chambre antérieure se trouble de plus en plus ; on voit flotter dans l'humeur aqueuse une matière floconneuse et filante, qui forme par son dépôt une espèce d'hypopion, ressemblant, comme l'ont déjà fait observer les auteurs, à la tache blanche de la racine de l'ongle. L'œil a perdu son éclat ; la membrane de l'humeur aqueuse est épaissie et villeuse ; elle se rapproche et se touche par quelques points de sa surface ; elle contracte des adhérences qui ne font que devenir plus nombreuses et plus serrées, et occasionnent dans l'œil une foule de difformités qui nuisent toujours à la vision, quand elles ne l'abolissent pas entièrement.

Observ. Louise B., âgée de 15 ans, bien constituée, d'un tempérament où le système sanguin paraissait dominer, fut prise d'une ophthalmie double, en juin 1832. Je la vis dès les premiers jours de l'invasion de la maladie, et il me fut facile de constater toutes les modifications pathologiques qui s'opéraient dans ses yeux.

L'affection avait débuté par un sentiment de lassitude de la vue et par un besoin de passer souvent les doigts sur les yeux, comme pour les débarrasser de quelque chose de gênant. Vinrent ensuite, d'une manière progressive, la rougeur, la douleur, sans trop de sensibilité à l'impression de la lumière. Bientôt les objets parurent à la malade comme au milieu d'un brouillard, et dès-lors il fut facile de s'apercevoir du trouble qui existait dans la chambre antérieure. Plus ce trouble augmentait, plus la malade accusait d'épaisseur dans le nuage qui couvrait ses yeux. Un jour, elle dit apercevoir continuellement des lignes en forme de rubans, passant et s'arrêtant devant sa vue, ce qui lui occasionait une grande incommodité. C'est alors que je vis à la loupe des filaments excessivement déliés flottant dans l'humeur aqueuse, paraissant fixés par leur extrémité dans l'intérieur de la chambre, et ayant tendance à se précipiter. Plusieurs étaient detachés, et formaient entre la cornée et l'iris une collection blanchâtre, linéaire, de quelques millimètres de longueur. De jour en jour la collection croissait, se présentant en forme d'hypopion, principalement à l'œil droit. En examinant, toujours avec la loupe, je reconnus des filaments allant de la cornée à l'iris, se serrant de plus en plus en faisceaux, et semblant attirer, par une rétraction progressive, l'ouverture pupillaire en avant et en dedans, jusqu'à la faire adhérer à la face interne de la cornée. La vision était alors presque entièrement suspendue.

Tous ces phénomènes marchèrent, malgré l'activité d'un traitement anti-phlogistique. La malade fut saignée trois fois dans un mois ; elle fit usage à l'intérieur, comme purgatif, de six en six jours, d'un mélange à parties égales de calomel et de jalap. Elle employa, en lotions, trois fois le jour, un collyre composé de

Thridace................	℈ *x*.
Sulfate de cadmium......	℈ *ij*.
Eau distillée de plantain...	℥ *j*.

La nuit, on faisait sur les yeux des applications émollientes. On posa dans la dernière semaine un vésicatoire à la nuque. A l'aide de cette médication, l'inflammation disparut, il est vrai, dans un mois ; mais le traitement fut sans effet contre les adhérences, ne détruisit qu'en

partie l'opacité qui était survenue dans la chambre antérieure, et la malade ne recouvra de vue que pour se conduire. Les pupilles étaient tirées en avant et adhérentes par leur partie interne à la cornée, dans un point où la membrane de l'humeur aqueuse avait conservé une sorte d'épaississement et de l'opacité.

Peut-on dire, dans cette circonstance, que l'art ait été sans effet, de ce que l'affection a marché malgré tous les moyens qu'on lui a opposés? Ici son action a été au moins palliative; il a limité les désordres qui n'auraient pas manqué d'avoir lieu si on eût laissé l'inflammation parcourir ses périodes. La maladie, arrêtée dans ses progrès, s'est bornée à la membrane de l'humeur aqueuse. L'iris n'y a que très-peu participé ; il ne s'en est pas suivi dans la substance de cette membrane, des abcès donnant un épanchement purulent dans la chambre antérieure de l'œil, usant ensuite, pour se faire jour au dehors, l'épaisseur de la cornée, qui laisse passer par cette ouverture une procidence de l'iris, cause de difformités incurables, si toutefois l'atrophie de l'œil n'en est pas la conséquence. Ces cas sont toujours graves; et l'on doit s'estimer heureux quand on préserve les malades d'une cécité irremédiable, en leur conservant une vue suffisante pour les conduire.

OBSERVATIONS DE CATARACTES CONGÉNIALES.

L'opération de la chirurgie oculaire la plus belle par ses résultats est, sans contredit, celle de la cataracte chez les aveugles-nés. Chéselden le premier, en pratiquant une pupille artificielle, avait démontré la possibilité de rendre à la lumière les aveugles de naissance, et c'est à Saunders que la science et l'humanité doivent l'initiative et les avantages d'une opération sur les cataractes congéniales. Ce célèbre praticien, qu'une fin prématurée a ravi à la chirurgie, publia à Londres, en 1806, les résultats de soixante opérations de cataractés de naissance, sur lesquelles il comptait cinquante-deux succès. Depuis, les oculistes, marchant dans la voie que le médecin anglais leur avait préparée, ont

obtenu un grand nombre de réussites dans ces opérations qu'ils recherchaient à l'envi, désireux de recueillir les suffrages d'un public émerveillé sur d'aussi beaux résultats. Sans oser révoquer en doute les avantages obtenus par Saunders, je vois avec peine qu'aucun praticien ne les ait encore égalés, bien que plusieurs d'entre eux comptent un plus grand nombre d'opérations pratiquées. Le docteur Lusardi qui en a fait le plus jusqu'à ce jour, et que je connais assez pour ne pas le croire capable d'exagération, dans un Mémoire qu'il publia en 1827 sur la cataracte congéniale, porte à 138 le nombre de ses succès sur 158 opérés, nombre qu'il a beaucoup augmenté depuis cette époque, sans avoir une proportion plus grande de résultats.

Pour moi, moins étendu dans ma pratique, j'ai eu néamoins l'occasion d'opérer un bon nombre de cataractés de naissance, et de me convaincre qu'on avait généralement moins de résultats heureux que dans les cataractes ordinaires, chez des malades qui avaient joui de la vue. Cela tient, sans doute, aux difficultés que l'on éprouve à faire l'opération chez des enfants indociles, dont le globe de l'œil est constamment en mouvement, les paupières contractées par la crainte de la douleur, et qui, par leur agitation, ne laissent pas au praticien le temps d'exécuter l'opération aussi complétement qu'elle aurait pu l'être avec plus de résignation de leur part. Ne doit-on pas accorder aussi quelque influence à une méthode obligée, que l'on est contraint d'employer par la nature de la cataracte et par la conformation physique de l'œil?

Chez les jeunes enfants, l'extraction est d'une application difficile par l'aplatissement de la cornée, le peu d'étendue de la chambre antérieure, et la saillie que fait l'iris qui est presque accolé à la face interne de la cornée. Et d'ailleurs, est-il possible de l'employer dans les cas qui se rencontrent le plus communément, où l'iris a des adhérences intimes avec la capsule, faisant qu'on serait obligé d'aller chercher par lambeaux cette dernière membrane, en provoquant des mouvements convulsifs qui ne manqueraient pas d'être suivis de la sortie des humeurs de l'œil. Et mettant de côté les difficultés de l'opération, les petits malades seraient-ils assez soumis pour consentir

à ne pas déranger leur bandage, et à le conserver le temps nécessaire pour assurer la cicatrisation de la cornée sans accidents? Toutes ces difficultés rendent impraticable l'extraction chez les jeunes enfants avant l'âge de la raison. La sclérotonixis, quoique susceptible de bien moins d'accidents, n'en est pourtant pas entièrement dépourvue par les mouvements d'indocilité ou involontaires des malades, qui font que l'opérateur, peu maître de son instrument, court les risques d'attaquer la rétine ou l'iris, et d'occasioner des accidents consécutifs qui ne sont pas toujours sans gravité. La kératonixis offre moins de dangers à redouter pendant l'opération; mais elle ne facilite pas, autant que l'introduction de l'aiguille par la sclérotique, le déchirement de la capsule, la rupture de ses adhérences avec l'iris et son immersion dans le corps vitré. Aussi est-on obligé d'y revenir à plusieurs reprises, parce que les lambeaux de la capsule qui restent adhérents à l'iris, se rapprochent, contractent des adhérences par l'interposition d'une lymphe coagulable, et constituent des cataractes secondaires qui font perdre tout le succès d'une première opération.

J'ai employé toutes ces méthodes, et je me suis arrêté aujourd'hui à la sclérotonixis, que je considère comme la plus avantageuse par ses résultats. J'opère autant que possible les enfants dans le bas âge, parce que, n'ayant pas l'idée de la douleur, ils sont plus dociles, et ensuite parce que chez eux la capsule n'a pas cette consistance qu'elle prend quand ils vieillissent, et qui rend les cataractes susceptibles de remonter, la membrane se développant par un mouvement d'élasticité. Dans l'enfance, ce n'est qu'une pellicule sans consistance, contenant le cristallin en dissolution, et qu'il est facile de déchirer et de réduire en une pulpe qui se mêle aisément à la substance liquide du cristallin et que l'absorption fait bientôt disparaître.

Pour observations de cataractés de naissance, j'ai choisi des sujets assez âgés, parce que les phénomènes qu'ils ont éprouvés en voyant la lumière à une époque où les idées sont développées et le raisonnement facile, m'ont paru offrir plus d'intérêt et susceptibles de pouvoir fournir quelques renseignements sur la physiologie des sens.

1re Observ. Fougeray (Julien), de Sémur (Sarthe), né cataracté,

d'un tempérament lymphatique, fut opéré à l'âge de vingt ans, au mois d'août 1832.

Le malade placé convenablement, les paupières fixées, je plongeai l'aiguille de Dupuytren dans la sclérotique de l'œil droit, à deux lignes de l'union de cette membrane avec la cornée, un peu au-dessous de la commissure des paupières. Dirigeant ensuite la pointe de l'instrument vers la partie supérieure de l'œil, près de la grande circonférence de l'iris, et pressant sur la capsule, un peu en avant et en bas, cette membrane se plissa sous l'instrument plutôt que de se déchirer ; alors, continuant ce mouvement d'abaissement, elle se détacha circulairement, et repliée sur elle-même, je l'enfonçai dans le corps vitré de dedans en-dehors.

A l'instant, l'humeur aqueuse fut troublée ; trois à quatre flocons du cristallin assez denses parurent dans la pupille, par suite d'un ballottement que j'opérai dans l'œil, pour chercher à diviser la capsule.

Douze jours après, l'humeur aqueuse avait repris sa transparence, et un mois après l'opération, le malade voyait passablement. A cette époque parut une petite portion de la capsule du cristallin derrière l'iris, à sa partie inférieure et externe, et qui obstruait un sixième de la pupille.

Cinq ans après l'opération, je revis Fougeray; la portion de la capsule était restée toujours dans le même état. Depuis quatre ans, il exerçait l'état de meunier, sans le secours de lunettes à cataracte.

2[e] Observ. Pelletier (Louis), de Saint-Pierre-la-Cour (Mayenne), âgé de 25 ans, d'un tempérament sec, taille de cinq pieds, fut opéré, le 26 janvier 1825, de cataracte congéniale double. Les yeux étaient dans l'état suivant : l'iris offrait des deux côtés un vice de conformation très-sensible ; il était alongé de haut en bas, se terminant en pointe à la partie inférieure du cercle ciliaire, et présentant de chaque côté de cette pointe un espace vide, d'une ligne de largeur, à travers lequel on voyait le corps vitré. L'ouverture pupillaire était voilée par la capsule cristalline, qui paraissait accolée à l'iris, de sorte que ces deux membranes n'en formaient plus qu'une, la chambre postérieure de l'œil n'existant plus. Dans la pupille, la capsule présentait une

couleur jaune-citron plus prononcée dans le trajet de plusieurs lignes rayonnées. Le malade distinguait la clarté des ténèbres, sans avoir aucune perception d'objets.

Les membranes de l'œil droit perforées comme dans le cas précédent, je portai la pointe de l'aiguille au centre de la pupille, et je pressai assez fort sur la capsule, d'arrière en avant, pour lui faire faire une saillie sensible dans la chambre antérieure. L'iris s'alongeait par la pression plus facilement que la membrane du cristallin qui avait acquis beaucoup de densité : alors je changeai la position de l'aiguille, je portai sa pointe à la partie inférieure et externe de la capsule, où j'avais remarqué le moins d'adhérences avec l'iris ; je détachai la capsule de bas en haut avec précaution et sans déchirer l'iris, en détruisant ses nombreuses adhérences qui étaient si fortes que le bruit de leur rupture fut sensible aux assistants. Pour m'assurer que l'isolement était complet, je roulai entre les doigts le manche de l'aiguille, dont la pointe était fixée dans la capsule qui était deux fois plus volumineuse que dans les cas ordinaires. J'enfonçai alors toute cette masse dans l'humeur vitrée ; l'œil devint clair, il ne restait rien du cristallin. L'œil gauche offrit moins de difficultés opératoires. La vue de Pelletier devint bonne ; il prit le métier de tisserand, et le continua sans le secours de lunettes.

3ᵉ Observ. Lepeur (Victor), de Montourtier (Mayenne), né cataracté, âgé de 11 ans, plus petit que les enfants de son âge, assez intelligent, fut opéré à l'Hôtel-Dieu de Mayenne le 25 avril 1825.

Les yeux étaient très-mobiles, la pupille grandement dilatée ; les capsules cristallines faisaient une saillie sensible dans la chambre antérieure ; elles étaient d'un gris-blanc et un peu transparentes, sans que le malade pût distinguer autre chose que le jour de la nuit.

Le malade placé convenablement, je perforai les membranes de l'œil gauche, et je portai la pointe de l'aiguille à la partie supérieure de la capsule, que je déchirai de haut en bas et de dedans en-dehors. Je fis passer, autant que possible, les débris dans la chambre antérieure de l'humeur aqueuse, qui fut troublée par le cristallin complétement liquide ; je posai l'appareil.

2e *jour de l'opération.* Le malade est dans un état satisfaisant ; je retouche l'appareil qui s'était dérangé. Déjà l'humeur aqueuse a repris sa transparence, les débris de la capsule qui s'étaient fixés au bas de la cornée ont beaucoup diminué ; Victor se met à rire et dit : *Je vois.*

4e *jour.* L'œil est légèrement rouge du côté de la ponction ; les fragments sont réduits à moins du tiers de leur volume, le malade distingue les personnes qui entourent son lit.

6e *jour.* L'œil a repris toute sa transparence, l'humeur aqueuse son état naturel ; plus de fragments de la capsule dans la chambre antérieure ; la vue s'améliore, mais il ne sait pas encore faire usage de ses yeux. On voit dans sa physionomie une joie indicible, qu'il manifeste par des mouvements et des paroles pleines d'expression. *Je vois mes camarades !* On lui donne une pomme rouge : *Je n'ai jamais rien vu de si beau !* Et chaque objet est pour lui une cause de nouvelles jouissances.

8e *jour.* Il vit les personnes se promener dans la salle ; sa sœur lui présenta une tourterelle et plusieurs autres objets, dont il répéta les noms une partie de la journée.

10e *jour.* Nouvelles jouissances. *J'ai vu cela, c'est beau !*

12e *jour.* Plusieurs objets qu'il a vus lui sont présentés ; il commence à connaître les couleurs, il ne se trompe plus, le rouge est pour lui la plus belle.

14e *jour.* Il apprend les noms avec facilité ; mais sa vue ne peut encore retenir la forme des objets, et il oublie facilement.

16e *jour.* Il reconnaît plusieurs des objets qui lui ont été déjà présentés, plutôt par les couleurs que par les formes ; le rouge lui donne toujours lieu à un nouveau plaisir. Il voit un chien pour la première fois ; ses mouvements et ses expressions annoncent assez la vue d'un nouvel objet ; il le touche avec une joie extraordinaire due à son âge ; il commence à se promener seul dans la salle.

18e *jour.* L'opéré s'évade dans la cour où il se livre tout à l'aise à la vue de nouveaux objets. Alors sa manière de regarder a été changée ; il tient mieux la tête, il a moins de mobilité dans le globe de l'œil. On lui présente une glace ; il la tourne en différents sens, en touche

l'encadrement. — C'est rouge, dit-il ; et c'était vrai : il garda le silence pendant un instant. — Que voyez-vous dans cette glace? — C'est Victor. — A quoi reconnaissez-vous que c'est Victor? — Au bandeau que j'ai au front.—Depuis, sa vue se perfectionnant de plus en plus lui permit de distinguer les corps les plus petits, avec toutes leurs nuances de forme et de couleur; mais elle a eu besoin d'une étude de plusieurs mois pour arriver à ce degré de perfectionnement.

Quand un cataracté de naissance est rendu à la lumière, il ne sait pas faire usage de ses yeux; ils conservent encore pendant long-temps la mobilité qu'ils avaient avant l'opération. Rien ne paraît fixe autour d'eux, tous les objets sont en mouvement, ce qui lui occasionne des vertiges et des tournoiements de tête qui le mettent souvent dans la nécessité de fermer les paupières. Tous les corps lui paraissent exagérés en volume ; il ne juge pas des distances ; il se trompe quand il veut saisir, et il conserve long-temps l'habitude de confirmer ou de rectifier par le toucher l'impression qu'il perçoit par la vue ; les objets ne lui paraissent point renversés, comme certains physiologistes avaient prétendu qu'ils devaient être vus quand on reçoit les premières impressions de la lumière, d'après la marche calculée de ce fluide dans les différentes humeurs de l'œil.

APERÇU

sur l'opération de la pupille artificielle.

On fait une pupille artificielle toutes les fois qu'à l'aide de l'instrument on change la direction de la pupille naturelle, ou qu'on établit à travers l'iris un passage aux rayons lumineux.

Bien des affections de l'œil nécessitent cette opération ; car, malgré le peu d'étendue qu'ait à parcourir le fluide lumineux dans l'organe de la vision, il peut être arrêté, avant d'arriver à la rétine, par une altération ou un défaut de conformation des différentes membranes oculaires qu'il a à traverser.

Pour nous faire une idée de la marche de la lumière et des obstacles qui l'entravent, laissons de côté les modifications qu'elle éprouve dans son passage à travers des milieux de forme et d'organisation différentes, et qui ne sont que des phénomènes purement physiques. Mais, pour plus de clarté, divisons sa route en deux parties, dont la chambre postérieure de l'œil sera le point moyen ou la réunion. Dans la première, elle passe de la cornée transparente au-delà de l'ouverture de l'iris ; dans la seconde, elle part de la chambre postérieure de l'humeur aqueuse pour arriver à la rétine. Toutes les affections qui mettent obstacle au trajet de la lumière, dans cette dernière partie, n'ont que peu de rapports avec la pupille artificielle, et ne s'y rattachent que d'une manière indirecte ; elles rentrent dans le domaine de l'opération de la cataracte, si l'on en excepte toutefois celles qui appartiennent au corps vitré. Néanmoins je signalerai plus loin quelques points de rapprochement, ou de contact, ou de complication de ces altérations, avec celles qui dépendent des parties antérieures de l'œil et qui donnent lieu à pratiquer la pupille artificielle.

Si nous passons successivement en revue les diverses parties de l'œil qui peuvent être le siége de ces dernières altérations, nous verrons qu'elles peuvent dépendre, ou de la cornée, ou de la membrane de l'humeur aqueuse, ou de l'iris, ou du concours plus ou moins compliqué de ces différents états pathologiques.

A. Les altérations de la cornée sont : 1° le staphylome, provenant d'une désorganisation plus ou moins étendue de toutes les lames de la cornée qui devient opaque, avec augmentation des humeurs de l'œil et saillie au-devant du bulbe oculaire d'une tumeur plus ou moins volumineuse, plus ou moins bosselée et inégale ; 2° le leucoma, qui consiste dans l'opacité de toutes les lames de la cornée, sans augmentation de la convexité de cette membrane ; 3° l'albugo, que l'on peut considérer comme un premier degré de leucoma, puisqu'il n'est qu'une opacité partielle de la cornée.

B. Il n'est pas rare de voir la membrane de l'humeur aqueuse, épaissie et opaque à la face interne de la cornée, s'opposer à l'arrivée de la lumière à la pupille. Cette altération est pour la face postérieure

de la cornée, ce que serait pour la face antérieure de cette membrane l'épaississement avec opacité de la conjonctive qui la recouvre ; d'autres fois, c'est la membrane de l'humeur aqueuse qui est devenue opaque à sa partie irienne, qui est devenue inextensible, qui a contracté avec la cristalloïde antérieure des adhérences : d'où il suit que l'iris, engagé entre ces deux membranes, a perdu sa contractilité, et que le centre pupillaire, rétréci par la rétraction de la membrane qui l'obstrue, ne laisse plus de passage aux rayons lumineux.

C. Les altérations de l'iris sont : 1° l'imperforation congéniale de l'ouverture pupillaire ; 2° l'occlusion de la pupille naturelle, par suite du rapprochement de la petite circonférence de l'iris, déterminée par une inflammation prolongée de la rétine ou de l'iris lui-même ; 3° la formation de fausses membranes au centre pupillaire, produites par la sécrétion d'une humeur plastique qui a ordinairement lieu dans l'iritis ; 4° le prolapsus de l'iris, qui survient à la suite des perforations accidentelles ou pathologiques de la cornée : il amène ordinairement dans la position ou dans l'ouverture de la pupille, des modifications qui entravent complétement la vision. En effet, par suite d'une procidence de l'iris, la pupille peut être entraînée derrière une partie de la cornée qui a perdu sa transparence ; elle peut devenir allongée et linéaire, de manière à resserrer dans un trop petit faisceau les rayons lumineux qui n'arrivent plus par ce moyen jusqu'à la rétine ; elle peut être, enfin, entièrement effacée par l'accolement de sa circonférence à la partie ulcérée de la cornée.

D. Quant aux autres états pathologiques qui peuvent compliquer les diverses altérations de l'œil que nous venons d'énumérer, ils dépendent du cristallin et de ses annexes. En effet, il arrive souvent que des inflammations internes déterminent des adhérences tellement intimes entre l'iris et la cristalloïde antérieure, que l'ouverture pupillaire est gênée dans ses mouvements par ces brides, ou rétrécie par une sorte d'attraction adhésive, ou fermée par une cataracte capsulaire ou cristalline, circonstances qui s'opposent toujours, d'une manière plus ou moins complète, à l'exercice de la vision.

E. Enfin, ces différentes modifications de l'œil, qui, considérées

une à une, peuvent donner lieu à l'établissement d'une pupille artificielle comme moyen unique de rendre la vue, dans un grand nombre de cas, existent assez ordinairement réunies en plus ou moins grand nombre ; presque toujours, en effet, elles sont la suite d'actions traumatiques ou de l'inflammation, et on conçoit sans difficulté que des causes vulnérantes, agissant sur un appareil si complexe que l'œil et d'un volume si petit, ne peuvent qu'intéresser une grande partie de ses organes et occasioner des désordres proportionnés à l'étendue de la lésion. Et l'inflammation reste-t-elle toujours limitée à l'endroit qu'elle a envahi de prime-abord ? Il n'est peut-être pas un organe où elle mette plus en jeu que dans l'œil sa loi de sympathie, et il n'en saurait être autrement dans un appareil dont toutes les parties sont intimement contiguës, et où, sans qu'il existe beaucoup d'analogie dans le mode d'organisation des tissus, il s'effectue néanmoins des communications directes d'un organe à un autre, au moyen de vaisseaux et de nerfs. La coexistence diversement compliquée de ces altérations rend alors plus précise l'indication de l'opération, sans diminuer pour cela, dans tous les cas, les probabilités du succès.

Telles sont, en général, les modifications pathologiques de l'œil qui donnent lieu à pratiquer la pupille artificielle; mais, dans tous les cas, l'opération n'est pas exécutable. Il est de ces degrés de désorganisation qui ne laissent aucun espoir de succès, et les malades qui en sont atteints restent avec la perspective d'une cécité sans remède.

Une des conditions indispensables pour tenter l'opération, c'est que la rétine jouisse encore de sa vitalité ; c'est-à-dire qu'elle ait au moins assez d'action pour percevoir l'impression des rayons lumineux à qui on aura créé une nouvelle voie pour arriver au fond de l'œil. Car à quoi servirait d'exposer un malade aux douleurs d'une opération quelquefois laborieuse, et qui n'est pas toujours sans accidents fâcheux, si l'œil amaurotique doit se refuser à l'accomplissement de sa fonction, quel que soit d'ailleurs le succès que l'on obtienne de l'établissement d'une nouvelle pupille? Sans doute, au milieu de ces diverses altérations de l'œil, c'est un point souvent difficile à connaître ; mais l'investigation scrupuleuse d'un praticien exercé mène presque tou-

jours à quelques notions diagnostiques sur lesquelles on ne saurait trop insister, tant elles sont importantes.

Une seconde condition, c'est que l'œil ait conservé sa transparence dans une étendue suffisamment grande pour laisser passage à la lumière ; et dans ce cas, à moins d'opacité complète, on a presque toujours assez de latitude, comme le prouve l'observation que j'ai citée plus loin. J'ai fait avec succès plusieurs opérations sur des yeux dont la cornée n'avait de transparence que dans une ligne de largeur, et les malades y ont vu d'une manière qui dépassait de beaucoup mes espérances.

Sans engager à opérer quand l'iris est entièrement accolé à la face interne de la cornée, de manière à ne faire qu'un avec elle, je dirai, parce que j'en ai un exemple dans un cas où je méconnus d'abord cette complication, qu'il est possible, dans cette circonstance, de rendre aux aveugles un peu de lumière, en grattant en différents sens avec une pince-airigne la face interne de la cornée, et réduisant ainsi l'iris en une pulpe que l'absorption fait bientôt disparaître.

Il est une foule d'autres circonstances qui rendent l'indication de la pupille artificielle, la partie la plus difficile de cette opération. Cependant l'expérience recule de plus en plus ses limites, cette partie de la science est dans une voie de progrès qui promet les plus heureux résultats.

L'opération indiquée, bien qu'une cinquantaine de procédés s'offrent au praticien, ils rentrent tous dans trois méthodes générales dont ils ne sont que des modifications. 1° La korédialysie, qui consiste à détacher l'iris des procès ciliaires, à la manière de Scarpa et de Schmidt ; 2° la korétomie, par laquelle on fait dans le corps de cette membrane une incision, comme le pratiqua Chéselden ; 3° la korectomie, qui consiste à enlever un lambeau de l'iris, comme Gibson, le premier, en donna l'exemple.

Le choix de ces méthodes et des nombreux procédés qui s'y rattachent et qu'il serait trop long d'énumérer ici, dépend de la nature des altérations de l'œil qui nécessitent l'opération de la pupille artificielle. Là, le praticien ne peut pas être exclusif.

Cependant j'emploie, avec une sorte de préférence, une méthode mixte que l'on pourrait appeler korecto-dialysie. Avec l'airigne-pince de Reisinger introduite par une ouverture faite à la cornée, dans un lieu d'élection, je vais saisir l'iris à son insertion au cercle ciliaire. Tout en le décollant je le déchire assez largement, j'en entraîne un lambeau que je reccise au niveau de la section de la cornée, où il contracte des adhérences, et assure, par là, la persistance de la nouvelle pupille. C'est une variété de la méthode de Langenbeck ; du reste, des circonstances imprévues obligent le praticien à changer, pendant l'opération, la méthode qu'il s'était proposé d'employer, pour se conformer aux difficultés qu'il rencontre, et que l'inspection et le raisonnement ne peuvent pas toujours faire présumer : c'est ce qui m'est arrivé chez le malade qui fait le sujet de l'observation suivante.

René Cœurjoly, cultivateur à Charbonnière, canton d'Authon, arrondissement de Nogent-le-Rotrou, département d'Eure-et- Loir, âgé de 65 ans, était, depuis plusieurs années, dans une cécité absolue.

Voici les antécédents qui le conduisirent à cette fâcheuse position.

En 1817, il fut atteint à l'œil gauche d'une ophthalmie aiguë grave. L'œil droit avait été accidentellement perdu plus de vingt ans avant cette maladie.

Les progrès et l'intensité du mal furent tels, qu'en peu de jours la conjonctive forma un bourrelet de la grosseur d'un œuf de pigeon, et saillit entre les paupières qui étaient extrêmement gonflées.

Cécité complète dans l'espace de 4 ou 5 jours. Hypopion qui remplissait presque entièrement la chambre antérieure de l'humeur aqueuse, et que l'on ne pouvait apercevoir qu'en écartant les paupières. La cornée paraissait dans un enfoncement profond, et recouverte par l'énorme chémosis.

Douleurs très-vives dans l'organe, avec sentiment intérieur d'un corps étranger qui aurait poussé l'œil hors de son orbite.

Sensibilité extrême de la tête au moindre toucher, fièvre, délire, insomnie, la tête ne pouvant reposer sur l'oreiller.

L'emploi des anti-phlogistiques administrés depuis l'invasion de la

maladie, qui datait d'une quinzaine de jours, ne changea rien à cet état si pénible.

Les douleurs bientôt se portèrent plus vivement sur le côté gauche.

Le médecin qui donnait des soins au malade, désespéra de conserver l'œil, qu'il crut menacé d'une atrophie.

Un mois s'était écoulé, et la matière de l'abcès, qui avait usé la cornée de dedans en dehors, se fraya un passage presque au centre de cette membrane.

Cœurjoly fut plus calme, la fièvre moins intense et le sommeil plus facile ; mais cet état plus supportable ne fut pas de longue durée. Une portion assez considérable de l'iris s'engagea dans l'ouverture que s'était faite l'abcès à travers la cornée, et forma hernie au-devant de cette membrane. Larmoiement brûlant, les moindres mouvements des paupières froissaient la procidence de l'iris, et faisaient éprouver au malade la sensation qu'aurait produite une épingle enfoncée dans la cornée.

Un autre médecin, pour réprimer l'iris qui faisait saillie au-dessus de la cornée, conseilla l'application du nitrate d'argent fondu. Le caustique excita une douleur extraordinaire, qui se prolongea jusqu'à la nuit.

Le bourrelet, formé par la conjonctive autour de la cornée, avait beaucoup diminué depuis que la matière de l'hypopion s'était ouverte une issue à travers cette membrane. L'œil était toujours larmoyant ; les vaisseaux de la conjonctive restaient engorgés et variqueux en plusieurs endroits. De nouveaux abcès se faisaient remarquer de temps à autre sur différents points de la cornée.

Ce tableau de la maladie est conforme à la déclaration qu'en ont faite le malade et le médecin dont il a reçu les conseils.

Appelé à Authon, en décembre 1821, pour opérer plusieurs personnes cataractées, j'examinai les yeux de Cœurjoly.

L'œil droit était désorganisé.

L'œil gauche, toujours resté dans un état pathologique, offrait du relâchement dans son enveloppe, et les paupières étaient débilitées par

le séjour du sang, qui en avait affaibli les propriétés vitales. La conjonctive paraissait rugueuse.

La cornée était aplatie, et les 4/5 de cette membrane altérés dans son centre par des cicatrices profondes.

Elle n'offrait qu'un mélange de points blancs jaunâtres, qui se mêlaient avec la couleur de l'iris dans l'épaisseur de la cornée ; ces diverses nuances présentaient l'image d'un granit très-fin sur l'étendue de la pupille, dont la circonférence était effacée.

A la partie supérieure, et dans la dimension d'une petite lentille, la cornée avait conservé un peu de transparence. On pouvait tenter une nouvelle route aux rayons lumineux à l'aide d'une pupille artificielle.

L'œil examiné en différentes positions, la partie de l'iris apparente semblait adhérer à la cornée et ne faire qu'un corps avec cette membrane.

Dans cet état, j'ordonnai, pour une quinzaine, l'usage des topiques et d'un collyre astringent : ce délai expiré, j'opérai Cœurjoli de la manière suivante :

Le malade placé comme pour l'opération de la cataracte, et ma main armée de l'aiguille à cataracte de Dupuytren, je posai la pointe de cette aiguille sur la sclérotique, à trois lignes de l'union de cette membrane avec la cornée ; je perforai les membranes de l'œil, en me dirigeant à la partie antérieure du cristallin. Je fis exécuter à l'aiguille les mêmes mouvements que dans les cas de cataracte membraneuse.

Guidé par les principes anatomiques, je broyai le cristallin autant qu'il fut en mon pouvoir. Alors je portai l'aiguille à la partie supérieure de l'iris, très-près du cercle ciliaire. La tenant de côté, j'avançai l'instrument à travers l'iris, et parvenu derrière la cornée, je le dirigeai un peu en bas et en dedans, afin de ne pas l'engager dans la cornée.

Je pensais que, par ce procédé, l'iris se décollerait du cercle ciliaire : le professeur de Pavie pratiquait de cette manière l'opération de la pupille artificielle ; mais il n'en fut pas ainsi. Quelques vaisseaux de

l'iris furent rompus, et le sang se répandit sur les traces de l'aiguille avec plus d'abondance que dans les cas ordinaires.

Je réduisis en pulpe cette membrane qui adhérait fortement à la cornée, et la phlegmasie chronique ayant produit dans les vaisseaux un état variqueux, la nouvelle pupille se remplit de sang.

L'opération ne dura pas une minute, et l'opéré avait exprimé le sentiment d'une vive douleur. L'aiguille retirée de l'œil, j'instillai entre les paupières de l'extrait de belladone et de l'eau de laitue; je fis coucher le malade; la douleur cessa après quelques heures.

La nuit ne se passa point sans un assez long sommeil, et le lendemain je trouvai l'opéré dans un bon état.

Je fis une nouvelle instillation de belladone et d'eau de laitue; ce qui fut renouvelé quelque temps. Du reste, même traitement que pour l'opération de la cataracte.

Je donnai des soins à l'opéré pendant huit jours: l'œil était légèrement rouge du côté externe, et l'absorption bien avancée. Toute l'étendue de la pupille artificielle était perceptible; mais l'opéré ne pouvait distinguer de quel côté venait le jour.

Comme il se portait bien, je l'engageai à se lever tous les jours, à se promener et à conserver long-temps une compresse double au-devant de son œil.

Cinq ans s'étaient écoulés depuis l'opération, lorsque j'eus occasion de revoir Cœurjoly.

Voici l'état d'alors de l'œil opéré:

La cornée a recouvré de la transparence dans toute sa circonférence; les cicatrices sont moins apparentes; l'emplacement de la pupille naturelle est entièrement effacé; le point central de cette membrane a repris de la convexité; les différentes nuances de l'iris, intimement mêlées avec celles de la cornée, paraissent plus profondes; la conjonctive a aussi recouvré de la diaphanéité nrturelle.

A la partie supérieure de la cornée, au-dessus d'une vaste tache, on aperçoit facilement, à travers cette membrane, une ouverture pratiquée dans l'iris, représentant assez bien la forme d'un petit grain d'orge, dont l'une des extrémités aboutit presque au cercle ciliaire,

et l'autre, plus petite, va se perdre insensiblement dans l'ancienne pupille. Le centre de la nouvelle pupille, dans l'état actif, a environ un millimètre, et dans l'état passif, à peu près deux millimètres de largeur. A côté, en dehors, est une ouverture à peu près de même forme, beaucoup plus petite que la première, dont elle est séparée par une partie de l'iris aussi déliée qu'un cheveu.

La pupille artificielle jouit d'une mobilité sensible aux différents degrés de lumière.

J'étais loin de penser que l'iris aurait une telle mobilité, après les adhérences que j'avais cru remarquer qu'il avait avec la cornée.

C'est le 13 mars 1826 que Cœurjoly s'est présenté devant moi, en présence du sous-préfet de Nogent, des magistrats d'Authon, et de M. Bazault, chirurgien.

Voici les propres expressions de l'opéré :

« Je ne commençai à distinguer de quel côté venait le jour que « six mois après l'opération.

« C'est au bout de vingt mois, que me promenant à la campagne, « à l'aide d'un bâton, je crus voir tirer un voile; mes yeux s'ouvrirent « tout-à-coup... Je regardai de tous côtés avec un étonnement extrême « Mon premier mouvement fut d'arracher vivement le bâton de la « main de ma femme, et de le jeter au loin, en disant que je n'en « avais plus besoin.

« Je distinguai très-bien les objets et leur distance, mais ils me « paraissaient tous bleus. Cette illusion se passa insensiblement dans « une quinzaine de jours.

« Le lendemain ma vue était fatiguée, mais sans douleur.

« Aujourd'hui ma vue est bonne; je ne vois point les objets doubles, « et elle n'a point changé depuis que je l'ai recouvrée. Je distingue « les arbres et les maisons de plus d'une demi-lieue loin ; je vois tra- « vailler et reconnais les personnes de douze à quinze pas; je distin- « gue tous les objets qui sont dans cette salle, etc. »

Cœurjoly n'a point l'usage des lunettes; il est continuellement exposé, par son état, aux rayons du soleil. Son regard est naturel et sans effort des paupières.

Par là se trouve démontrée la possibilité d'opérer la pupille artificielle avec réussite, dans le cas où des altérations profondes de l'œil, des difformités, des mutilations même sembleraient la rendre impraticable et en contre-indiquer le succès. Depuis j'ai rencontré un grand nombre de cas analogues, et je n'ai eu qu'à me louer de les avoir opérés.

J'ai pu me convaincre que l'opération de la pupille artificielle n'est pas aussi douteuse qu'on le croit généralement, et qu'exécutée par des méthodes convenables, sur des sujets dont le fond de l'œil serait sain, elle donnerait presque autant de résultat que la cataracte. Quand on sera revenu sur l'idée fausse que l'on se fait de la gravité de l'inflammation qui doit la suivre, elle sera beaucoup plus répandue, et viendra augmenter les moyens que possède l'art pour rendre aux malheureux aveugles un sens sans lequel l'existence est à charge, puisque c'est par lui que nous viennent les plus douces impressions de la vie.

FIN.

SERMENT.

En *présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés; et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères, si j'y manque!

Faculté de Médecine
DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. DUBRUEIL, DOYEN., *Examinat^r.*	*Anatomie.*
BROUSSONNET, *Examinateur.*	*Clinique médicale.*
LORDAT.	*Physiologie.*
DELILE.	*Botanique.*
LALLEMAND.	*Clinique chirurgicale.*
CAIZERGUES.	*Clinique médicale.*
DUPORTAL.	*Chimie médicale.*
DUGÈS.	*Pathologie chirurgicale, Opérations et Appareils.*
DELMAS, *Suppléant.*	*Accouchemens, Maladies des femmes et des enfants.*
GOLFIN.	*Thérapeutique et matière médicale.*
RIBES, PRÉSIDENT.	*Hygiène.*
RECH.	*Pathologie médicale.*
SERRE.	*Clinique chirurgicale.*
BÉRARD.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ, *Examinateur.*	*Médecine légale.*

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER.
KÜNHOHLTZ.
BERTIN.
BROUSSONNET, *Suppléant.*
TOUCHY.
DELMAS, *Examinateur.*
VAILHÉ.
BOURQUENOD.

MM. FAGES.
BATIGNE.
POURCHÉ, *Examinateur.*
BERTRAND.
POUZIN.
SAISSET.
ESTOR.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.